	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7			
	LISTA DE VERIFICACION HOJAS DE VIDA			
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	Documento Controlado
	TH-F-04	17-02-2026	08	Página 1 de 1

MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA

NOMBRE Y APELLIDOS: Daydan García **FECHA DE VERIFICACIÓN:** 30/01/26

#	CRITERIO DE CUMPLIMIENTO	SI	NO	N/A
1	Acto administrativo de nombramiento (nomina)			X
2	Acta de posesión (nomina)			X
3	Soporte del pago estampilla (nomina)			X
4	Hoja de Vida DAFP – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	✓		
5	Declaración Juramentada de Bienes y Rentas – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	✓		
6	Registro de los Conflictos de Interés - Ley 2013 de 2019 Función Pública - Aplicativo por la Integridad Pública	✓		
7	Declaración de Inhabilidades e incompatibilidades. (Presentación del Formulario del Hospital).	✓		
8	Cédula de Ciudadanía al 150% - Copia Simple con resolución de buena calidad.	✓		
9	Registro Único Tributario RUT – Actualizada. (Expedición No superior a un mes) - Copia Simple con resolución de buena calidad.	✓		
10	Libreta Militar o Documento que Resuelve Situación Militar - Copia Simple con resolución de buena calidad.			X
11	Carnet de Vacunas Completo - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
12	Examen Médico Ocupacional por Perfil (Hospital)	✓		
13	Constancia de Afiliación a EPS, Fondo de Pensión y ARL (Expedición no superior a 2 meses) (N/A ARL será afiliado por el Hospital)	✓		
14	Formato de Confidencialidad y No Divulgación de Información. (Formulario del Hospital).	✓		
15	Autorización de Trata de Datos Personales y Consulta de Antecedentes, en especial, Delitos Sexuales. (Formulario del Hospital).	✓		
16	Certificado de Antecedentes Disciplinarios Expedido Por la Procuraduría General de la Nación. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
17	Certificado de Antecedentes Fiscales Expedido Por la Contraloría General de la Republica. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
18	Certificado de Antecedentes Judiciales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
19	Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas Expedido Por el RNMC. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
20	Certificado delitos sexuales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
21	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
22	Certificación Bancaria (Vigencia no superior a 30 días)	✓		
23	Tarjeta Profesional al 150% - Copia Simple con Resolución de buena calidad.			X
24	Diploma de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
25	Acta de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
26	Antecedentes Profesionales, Comprobante de No Estar Inhabilitado Para Ejercer la Profesión y Vigencia de la Tarjeta Profesional.			X
27	Cursos, Diplomados, Posgrados, ETC. (Sólo se debe relacionar estudios del perfil profesional según la necesidad)			X
28	Convalidación por Parte de Autoridad Competente Para Títulos Obtenidos en el Extranjero.			X
29	Certificación Laboral Relacionada (Que tenga relación con el perfil de la necesidad)	✓		
30	Licencia de Conducción y RUNT sin multas de tránsito (Paramédicos, Auxiliares Vacunación y Profesionales con Rodamiento).			X
	DOCUMENTACIÓN ADICIONAL POR PERFIL			
31	Humanización (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud).	X		
32	Competencia en Atención al Usuario (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud)	X		
33	Autorización Para Ejercer Profesión – RETHUS Actualizado (Médicos, Enfermeras, Aux. Enfermería, Odontología, Bacteriólogo, Nutricion, Psicólogo, etc.)			X
34	Acreditación del Servicio Social Obligatorio (Bacteriología, Enfermería, Medicina, Odontología, etc.) - Copia Simple.			X
35	Competencia en Soporte Vital Avanzado (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería de urgencias y hospitalización)			X
36	Competencia en Soporte Vital Básico (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería)			X
37	Competencia en AIEPI Clínico (Médico, Enfermeras Profesionales, pediatra)			X
38	Atención a Personas Víctimas de Ataques con Agentes Químicos. (Paramédicos, Médicos, Enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogo, nutrición)			X
39	Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante Expedida por el INS (Médicos)			X
40	Atención a Población Víctima del Conflicto Armado (Médico, Enfermera, Aux enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutricionista, Psicólogo)			X
41	Interrupción Voluntaria del Embarazo (Médicos, Enfermera, y Psicólogo, ginecología.)			X
42	Curso Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Médico, Enfermeras, Aux Enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutrición, Psicólogo, especialistas).			X
43	Asesoría Pre y Post VIH (Médico, Enfermera, Psicólogo)			X
44	Atención del Parto (Médico, ginecología)			X
45	Gestión del Duelo (Médico, Enfermera, psicología)			X
46	Medición automática de la tensión arterial OPS (Médicos, Enfermera, Aux Enfermería)			X
47	Curso manejo integral del dengue OPS (Médico, Enfermera, Aux Enfermería, Bacterióloga)			X
48	Competencia en Administración de Inmunobiológicos PAI (Auxiliares de Vacunación, Coordinadora, PAI)			X
49	Competencia AIEPI Comunitario (Personal Asistencial de Actividades Extramurales) (Programas)			X
50	Competencia en Toma de Muestras de Labor Clínico (Personal de Enfermería y de Laboratorio)			X
51	Curso de Primeros Auxilios (Conductores y Paramédicos)			X
52	Carnet de Radio Protección (Radiólogo y Tecnólogo Radiología)			X
53	Mecánica básica (conductores)			X
54	Manejo defensivo (conductores)			X
55	Manejo de residuos hospitalarios (servicios generales)			X
56	Curso de facturación en salud (facturadoras, radicación, glosas)	X		
57	**Constancia de Idoneidad, Experiencia Requerida y Relacionada. (Verificación de Talento Humano, SG-SST, Calidad).**			X
58	**Formato inducción y reinducción (nomina)**			X
59	**Formato evaluación inducción y reinducción (nomina).**			X

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA Camila H.

Castilla La Nueva - Meta, el 30 de septiembre de 2026

Dra.:
JULIA YANETH IBARRA RODRIGUEZ
Tesorera General.

Ref. **PROPUESTA PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 2026-358**

Cordial saludo,

DAYALYN ALEXANDRA GARAY LADINO, quien se identifica con **C.C. No. 1.006.826.647 expedida en Castilla La Nueva - Meta.** , está interesado en enviar una PROPUESTA para un Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto ***"PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FACTURACION EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA PARA EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E."*** de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad.

1. **LOS TÉRMINOS EN LOS CUALES SE DESARROLLARÁ EL CONTRATO SON LOS SIGUIENTES:**

1.1. PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución será de **TRES (3) MESES**, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Inicio por parte del SUPERVISOR y EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato.

1.2. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Una vez analizada las condiciones contractuales en cuanto el Objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, y por esto, la cantidad de tiempo físico que me tomará brindarle mis servicios al HOSPITAL para suplir la necesidad, establezco como valor por la prestación de mis servicios la suma de **SIETE MILLONES TRESCIENTOS CATORCE MIL PESOS ($7.314.000) M/CTE**

1.3. FORMA DE PAGO: El HOSPITAL girará los recursos objeto del CONTRATO, así:

El Hospital de Castilla La Nueva E.S.E cancelará el valor del contrato de la siguiente forma: UN VALOR MENSUAL por concepto de HONORARIOS, vencido, igual y sucesivo por valor de **DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL PESOS (2.438.0009 M/CTE**, y/o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, como contraprestación del servicio personal. **PARÁGRAFO PRIMERO:** La cuenta de cobro será radicada en físico en la ventanilla única de radicación y deberá contener: la presentación de la respectiva factura o documento equivalente, informe de los servicios efectuados y de las acciones desarrolladas con evidencia fotográfica, soporte documental, certificación de cumplimiento por parte del Supervisor, y la certificación de cumplimiento de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y aportes parafiscales, conforme a la ley. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, de conformidad con el parágrafo 1° del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. EL CONTRATISTA para solicitar el pago requiere el certificado por parte del Revisor Fiscal si se está obligado a ello y/o el Representante Legal conforme al cumplimiento de lo normado en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002. **PARÁGRAFO TERCERO:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Una vez aceptada la cuenta el HOSPITAL cuenta con treinta (30) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO CUARTO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería del Hospital, a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista acredite como propia, en entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos, previos los descuentos de ley.

1.4. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA:
1). Gestión de Ingreso y Validación: Registrar de manera oportuna y completa la información de los usuarios en el sistema de facturación institucional. **2).** Facturación de servicios de salud: Ejecutar el proceso de facturación de los servicios prestados, conforme a la normatividad vigente y a los manuales tarifarios institucionales. Aplicando correctamente los contratos, tarifas, manuales y condiciones pactadas con las EAPB y demás entidades responsables de pago, evitando inconsistencias en la facturación.**3).** Gestión documental y soportes: Organizar, verificar, escanear y cargar en los sistemas correspondientes los soportes requeridos para la facturación (RIPS, historia clínica, autorizaciones, consentimientos informados, comprobantes de atención, entre otros), garantizando que cada factura cuente con la totalidad de los soportes exigidos para su radicación efectiva. **4.** Radicación de facturación electrónica ante la DIAN, cumpliendo con los lineamientos (Resolución 042 de 2020 y normas vigentes). **5).** Auditoría y calidad de la facturación: Realizar la revisión y auditoría previa de las cuentas médicas antes de su radicación, conforme a la normatividad vigente, incluyendo la Resolución 042 de 2020 de la DIAN, reduciendo la ocurrencia de glosas mediante la revisión minuciosa de la información, subsanando oportunamente inconsistencias detectadas en el proceso de facturación.**6).** Manejo de ingresos y recaudos: Realizar el cobro de copagos, cuotas moderadoras u otros ingresos derivados de la prestación del servicio de salud, y efectuar su entrega al cierre de turno con los respectivos soportes y conciliaciones conforme a los procedimientos institucionales.**7).** Atención al usuario: Brindar atención oportuna, clara,

respetuosa y humanizada a los usuarios, orientándolos sobre los procesos administrativos relacionados con la prestación del servicio de salud.**8).** Reporte y gestión de riesgos: Informar oportunamente al supervisor sobre inconsistencias, riesgos o situaciones que puedan afectar el proceso de facturación o generar pérdidas económicas para la entidad.**9).** Gestión y Seguridad de la información: Garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información gestionada y protección de datos personales conforme a la Ley 1581 de 2012 y las políticas de seguridad digital del HOSPITAL.**10).** Responsabilidad sobre el proceso asignado. Finalizar integralmente los procesos de facturación asignados, cumpliendo con los procedimientos establecidos en el Manual de Facturación institucional y demás lineamientos aplicables. **11).** Cumplimiento Institucional: Cumplir con los lineamientos del Sistema de Gestión de Calidad, Seguridad del Paciente y políticas institucionales, participar en capacitaciones, inducciones y reinducciones programadas por la entidad. **12).** Participar activamente en las actividades institucionales que se programen **13).** El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados por el SUPERVISOR **14).** Otras obligaciones: Cumplir con las demás actividades que se deriven de la naturaleza del contrato y que sean requeridas para su correcta ejecución.

2. ANEXOS:

Para la presentación de la respectiva cotización anexo la siguiente información que fue requerida:

1. Hoja de vida según formato del Hospital.

Cordialmente,

Dayalyn Garay

DAYALYN ALEXANDRA GARAY LADINO
C.C. No. 1.006.826.647 expedida en Castilla La Nueva - Meta.
Dirección: Vda. Caño Grande Alto, Fca San Rafael, Castilla La Nueva - Meta.
Teléfono: 321-275-5611
Email: alexa12345612@gmail.com

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GARAY	LADINO	DAYALIN ALEXANDRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1006826647	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DIA 26 MES 06 AÑO 2001		VEREDA CA?O GRANDE ALTO CASA FINCA SAN RAFAEL			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	CASTILLA LA NUEVA		
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	TELÉFONO	3212755611	EMAIL	ladinodayalyn@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11° (X)	MES	12	AÑO	2018

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3203101471	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	05	*Año*	2026	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"						*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 8 15 null VIA CACAYAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3203101471	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	20	*Mes*	05	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null via cacayal					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6751118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"						*DIRECCIÓN* KM 8 VIA CACAYAL					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6751118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"						*DIRECCIÓN* KM 8 VIA CACAYAL					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6751118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR FACTURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"						*DIRECCIÓN* km 8 via cacayal					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6751118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR FACRURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"						*DIRECCIÓN* km 8 via cacayal					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6751118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR FACRURACION	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"						*DIRECCIÓN* km 8 via cacayaln					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6551118	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR FACTURA	*DEPENDENCIA* "FACTURACION"					*DIRECCIÓN* km8 via cacayal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6750293	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	01	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO - FACTURACION	*DEPENDENCIA* FACTURACION CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 null null VIA CACAYAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6751118	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* carrera 10 No.4-43 barrio centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6751118	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* carrera 10 No.4-43 barrio centro					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Dayalyn Garay

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Castilla la Nueva

Ciudad y fecha

Karol Giraldo Peña

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-15-09 08:36

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DAYALYN	ALEXANDRA	GARAY	LADINO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1006826647

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

Dirección	["carrera 10 No.4-43 barrio centro"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

I.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$21.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$21.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CRISTIAN	CAMILO	TRUJILLO	SOLORZANO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1007186495

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Señores:
HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
Ciudad.

OFERENTE: _____

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que se entiendo prestado con la suscripción del presente formulario que SI_____ NO_X__ me encuentro incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad para celebrar contratos con su entidad, y puntualmente lo siguiente:

FUENTE	INHABILIDAD	SI	NO
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal a)	¿Está inhabilitado para contratar con el estado de conformidad con las causales establecidas en la constitución o la ley?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal b)	¿En los últimos cinco (5) años ha participado en licitaciones o celebrados contratos estando inhabilitado para contratar con el estado?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal c)	¿En los últimos cinco (5) años le han declarado la caducidad de un contrato estatal?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal d)	¿En los últimos cinco (5) años ha sido condenado a la pena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas, o ha sido sancionado disciplinariamente con destitución?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal e)	¿En los últimos cinco (5) años ha dejado de suscribir –sin justa causa- un contrato estatal que le hubiere sido adjudicado?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal f)	¿Es servidor público?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal g)	Para la presente licitación ha presentado o estima presentar propuesta su cónyuge o compañero permanente, un pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, ¿o segundo de afinidad?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal h)	¿Tiene su representante legal o alguno de sus socios (salvo en las sociedades anónimas abiertas) vínculos de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, o segundo de afinidad con el representante legal o los socios de otra sociedad que haya presentado o estime presentar propuesta para la presente licitación?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal i)	• ¿Ha sido socio de alguna persona jurídica a la que le haya sido declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años? • ¿La persona jurídica tiene algún socio que anteriormente haya sido socio de otra persona jurídica a la que le fuera declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal j) modificado por el	• ¿Ha sido declarado usted responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la administración pública, o		X

artículo 31 de la Ley 1178 de 2016.	por delitos o faltas contempladas en la Ley 1474 de 2011, o por cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia? • ¿En el caso de personas jurídicas (incluidas matrices y subordinadas –salvo anónimas abiertas) lo han sido sus administradores, representantes legales, miembros de junta directiva o de socios controlantes? • ¿La persona jurídica ha sido declarada responsable administrativamente por la conducta de soborno transnacional?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal k) modificado por el artículo 33 de la Ley 1178 de 2016.	Persona natural: Financió usted o sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? Persona jurídica: Financió usted o su representante legal, los miembros de junta directiva o cualquiera de sus socios controlantes, directamente o por interpuesta persona la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? **No aplica para servicios profesionales.**		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal a)	¿Fue servidor público de esta entidad desempeñando funciones en los niveles directivo o asesor en el último año?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal b)	¿Tiene vinculo de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza control interno o fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal c)	¿Es cónyuge o compañero permanente de algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza funciones de control interno o control fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal d)	• ¿Dentro de la persona jurídica tiene participación u ocupa cargos de dirección o manejo algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor? • ¿O que sea cónyuge o compañero permanente o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o civil de dicho funcionario?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal f) adicionado por el artículo 4° de la Ley 1474 de 2011.	• Usted o las personas a través de las cuales prestará el servicio, ocuparon en los últimos dos años un cargo directivo en esta entidad, ¿cuyo sector tenga relación con el objeto del futuro contrato? • Tiene parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil		X

	con un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas? • La sociedad tiene vinculado a cualquier título a un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas?		X
Inciso tercero, Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el artículo 1° de la Ley 1148 de 2007, y por la Ley 1296 de 2009	• ¿Es cónyuge, compañero permanente, o tiene parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil con el alcalde de esta entidad? • ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		X
Parágrafo 3°Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el artículo 1° de la Ley 1148 de 2007	• ¿Es cónyuge, compañero permanente, o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil de algún concejal del municipio? • ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		X
Art. 90 Ley 1474 de 2011	• ¿Ha sido objeto de imposición de multas o declaratorias de incumplimiento? Nota: En caso afirmativo indique el tipo de sanción, la entidad que la impuso y la fecha de imposición		X
OBSERVACIONES:	*"Diligencia esta casilla en caso de que la respuesta a alguna de las preguntas anteriores haya sido afirmativa, o en el evento de que considere pertinente poner de presente a la entidad alguna circunstancia que pudiera incidir en su capacidad para contratar."*		

TENGA EN CUENTA:

.- *Cónyuge:* persona que se encuentra unida a otra mediante matrimonio civil o religioso.

.- *Compañero Permanente:* Es el hombre y mujer que forman parte de la unión marital de hecho, es decir quienes, sin estar casados, hacen una comunidad de vida permanente y singular, en los términos de la Ley 54 de 1990.

.- *Parentesco por consanguinidad:* Es la relación o conexión que existe entre las personas que descienden de un mismo tronco o raíz o que están unidas por los vínculos de la sangre.

.- *Parentesco por afinidad:* Es el que existe con los familiares consanguíneos de su respectivo cónyuge o compañero permanente.

.- *Parentesco Civil:* Es el que resulta de la adopción, mediante la cual la ley estima que el adoptante, su mujer y el adoptivo se encuentran entre sí, respectivamente, en las relaciones de padre, de madre, de hijo. Este parentesco no pasa de las respectivas personas.

.- *Parentesco hasta primer grado de consanguinidad:* papá, hijo,

.- *Parentesco hasta primer grado de afinidad:* papá, hijo, de su cónyuge o compañero permanente.

.- *Parentesco hasta segundo grado de consanguinidad:* papá, abuelo, hijo, nieto, hermano

.- *Parentesco hasta segundo grado de afinidad:* papá, abuelo, hijo, nieto, hermano de su cónyuge o compañero permanente.

.- *Parentesco hasta cuarto grado de consanguinidad:* papá, abuelo, bisabuelo, tatarabuelo, Hijo, nieto, bisnieto, tataranieto, Hermano, tíos, sobrinos, primo hermano, tío abuelo, sobrino nieto.

.- *Parentesco primero o único civil:* El que existe entre el hijo y los padres adoptantes.

NOMBRE Y FIRMA: Dayalyn Garay

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.826.647

GARAY LADINO

APELLIDOS

DAYALYN ALEXANDRA

NOMBRES

Dayalyn Garay

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-2001

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

26-JUL-2019 CASTILLA LA NUEVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-5201000-01095433-F-1006826647-20190826 0067578369A 2 53359878

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141171531870

(415)7707212489984(8020) 000014117153187 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 6 8 2 6 6 4 7	3	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 6 8 2 6 6 4 7	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	Castilla la Nueva 1 5 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GARAY	LADINO	DAYALYN	ALEXANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Castilla la Nueva 1 5 0

41. Dirección principal
VDA CAÑO GRANDE ALTO

42. Correo electrónico alexa12345612@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 2 7 5 5 6 1 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 1	2 0 1 9 0 6 1 4					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
2	0																								

53. Código 2 0
20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros																						Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-04-03 / 09:16:00AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GARAY LADINO DAYALYN ALEXANDRA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 15-09-2026 07:16:04PM

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d96965cc-44ff-4283-852b-fbf4a948527c

Nombres y apellidos / Full name: **DAYALYN ALEXANDRA GARAY LADINO**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 0 6 8 2 6 6 4 7**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **26/07/2001**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3212755611**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
TD Adulto	Primera	18	05	2020		2338X004AE	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	NHORA RIVERA GIRALDO
Fiebre Amarilla	Única	18	05	2020		R3C231V	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	NHORA RIVERA GIRALDO
COVID SINOVAC	Primera	25	03	2021	Sinovac	A2021010044	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA RIVERA
COVID SINOVAC	Segunda	30	04	2021	Sinovac	K202103011	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA RIVERA
TD Adulto	Tercera	26	05	2021		2338L024F	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARMENZA CASTRO CASTRO
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	26	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	940875	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA RIVERA
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	27	07	2022	PFIZER	ACC5853	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	ADRIANA CADENA
TD Adulto	Cuarta	22	12	2022	Serum	2331L024B	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	DAHIANA NIÑO RODRIGUEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	16	09	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARMENZA CASTRO CASTRO - CC52394551 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	16	09	2026	Serum	0096M003	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARMENZA CASTRO CASTRO - CC52394551 - ACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

NIT: 900051899
Dir: **Carrera 14 N° 12-34 Edificio Santa Bárbara pisos 1 y 2 Sede principal**
Celular: **313 343 0779 - 317 437 3838 - 311 279 5155**
Correo: **atencionalusuario@santabarbaraips.com**
Acacias - Villavicencio - Castilla(meta-colombia)



N° 13.704

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	CASTILLA LA NUEVA (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
GARAY LADINO DAYALYN ALEXANDRA	FEMENINO	24 AÑOS 4 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	1006826647 (Número)

Cargo: **AUXILIAR DE FACTURACION**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPSS	PORVENIR	POSITVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *CUMPLE*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CONSULTA PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA	✓	----------	

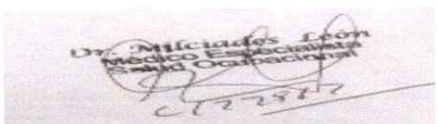
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL - PAUSAS ACTIVAS - USO LENTES DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



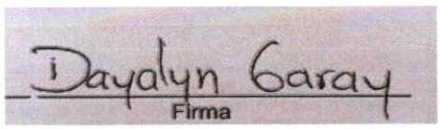
Firma:

Nombre: CC: 19156895 - MILCIADES LEON

R. M.: 8074 **L.S.O.:** 8074

Código de Seguridad
I1600O1U13704

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GARAY LADINO DAYALYN ALEXANDRA

CC: 1006826647

CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

NIT: 900051899
Dir: Carrera 14 N° 12-34 Edificio Santa Bárbara pisos 1 y 2 Sede principal
Celular: 313 343 0779 - 317 437 3838 - 311 279 5155
Correo: atencionalusuario@santabarbaraips.com
Acacias - Villavicencio - Castilla(meta-colombia)



EXAMEN DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención Nº: 12,910

Fecha: 09/09/2026 Municipio: CASTILLA LA NUEVA (META, COLOMBIA) CC: 1006826647 Nombre: GARAY LADINO DAYALYN ALEXANDR/ Edad: 25 AÑOS 1
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: AUXILIAR DE FACTURACION Empresa: PARTICULARES
Eps: NUEVA EPS Tipo Evaluación Medica: PROCEDIMIENTOS F. Último Examen: 03/05/2026
Lugar del Último Examen: CASTILLA LA NUEVA Motivo Consulta: CONTROL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

VISION BORROSA A DISTANCIA

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN

AMBOS OJOS: NO REVISADO AV VL 30 AV VL 0.5M ADD N/A
OJO DERECHO: NO REVISADO AV VL 30 AV VL 0.5M ADD N/A
OJO IZQUIERDO: NO REVISADO AV VL 30 AV VL 0.5M ADD N/A

AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN

AMBOS OJOS: NO REVISADO AV VL 20 AV VL 0.5M
OJO DERECHO: NO REVISADO AV VL 20 AV VL 0.5M
OJO IZQUIERDO: NO REVISADO AV VL 20 AV VL 0.5M

EXAMEN EXTERNO

OJO IZQUIERDO: NORMAL
OJO DERECHO: NORMAL

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: NORMAL
VISIÓN PROXIMA: NORMAL

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: NORMAL

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: NORMAL

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL
OJO IZQUIERDO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: K´ = N/A
OJO DERECHO: K´ = N/A

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: -

OJO IZQUIERDO: -

RX FINAL

OJO IZQUIERDO

OJO DERECHO

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: NORMAL

OJO IZQUIERDO: NORMAL

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: NORMAL

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/30	0.5M	N/A	NO APLICA	20/20	0.5M
O.I:	NO APLICA	20/30	0.5M	N/A	NO APLICA	20/20	0.5M
A.O:	NO APLICA	20/30	0.5M	N/A	NO APLICA	20/20	0.5M

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**

VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ = N/A**

OJO DERECHO: **K´ = N/A**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **-** AV VL 20/ **20**

OJO IZQUIERDO: **-** AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO** AV VL 20/ AV VP 20/ ADD

OJO DERECHO: **NO REVISADO** AV VL 20/ AV VP 20/ ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

ASTIGMATISMO ADECUADAMENTE CORREGIDO USO GAFAS PERMANENTES

OPTOMETRA

TATIANA CUASTUMAL ARTEAGA
Optómetra Especialista en S O
Resolución No 4320

Firma:

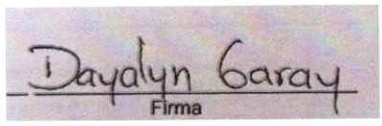
Nombre: NIT: 52562329 - TATIANA1 CUASTUMAL

R. M.: 3872 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

I1600O3U12910

PACIENTE



Firma:

Nombre: GARAY LADINO DAYALYN ALEXANDRA

CC: 1006826647

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DAYALYN ALEXANDRA LADINO GARAY identificado(a) con CC 1006826647 se encuentra afiliado a la EPS en condición de COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/01/2020**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**E.S.E. HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE,** a los 16 días del mes de septiembre del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DAYALYN ALEXANDRA GARAY LADINO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.826.647**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

DAYALYN ALEXANDRA GARAY LADINO identificado con CC. 1006826647 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE
Tipo y Numero de Documento	NI - 900004059

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/05/21	**Fecha inicio contrato**	2026/05/21
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/30
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/08/20	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de septiembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC16092026N1006826647A22612055.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026032038084

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, CONSULTA DE ANTECEDENTES, Y CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES

Yo Dayalyn Alexandra Garay Ladino quien me identifico con cedula 1006826647 expedida en Castilla la Nueva, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019, AUTORIZO libre, expresa e inequívocamente al HOSPITAL, para que realice la consulta, verificación, recolección y tratamiento de mis datos personales, que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la CONTRATACIÓN de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, AUTORIZO expresamente al HOSPITAL a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico que se relaciona en el CONTRATO. Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos.

Respecto a la consulta en el Registro de Inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad, me comprometo a entregar el certificado expedido por la autoridad competente para el conocimiento del contenido, así mismo el HOSPITAL queda plenamente facultado para realizar la consulta en el aplicativo dispuesto para ello.

De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

La presente autorización se expide con fecha 30/04/26

Firma: Dayalyn Garay

[1] Persona que se identifica al final del escrito y quien actúa en nombre propio o como Representante Legal de una Persona Jurídica

FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, Dayalyn Alexandra Garay Ladino identificado con cédula de ciudadanía No 1006826647 expedida en Castilla la Nueva, en mi condición de PROPONENTE (Representante Legal o Persona Natural), me obligo a cumplir con el objeto del presente documento, por ello, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con: **PRIMERA - COMPROMISO:** EL PROPONENTE, quien para los efectos del presente documento se denominará PARTE RECEPTORA se obliga a no divulgar a terceras partes, la "Información confidencial", que reciba por parte del HOSPITAL, que para los efectos del presente documento se denominará PARTE REVELADORA, de igual forma, se obliga a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos del presente compromiso, "Información Confidencial" comprende toda la información divulgada por la PARTE REVELADORA, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora. **SEGUNDA - OBJETO:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir LA PARTE RECEPTORA, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra LA PARTE REVELADORA. Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, para fines distintos al cumplimiento del objeto del contrato a celebrar con el HOSPITAL.**TERCERA - CONOCIMIENTO EXCLUSIVO:** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la información suministrada de la institución que reciba de la PARTE REVELADORA y no la revelará a terceros, de tratarse de una empresa o comerciante, deberá compartirla únicamente con el equipo de trabajo y asesores que tengan la necesidad de conocer dicha información para los propósitos autorizados, y quienes deberán estar de acuerdo en mantener de manera confidencial dicha información. **CUARTA - USO EXLUSIVO:** La PARTE RECEPTORA se obliga a utilizar la Información confidencial recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contrato suscrito con la PARTE REVELADORA. **QUINTA - RESPECTO A LOS DATOS PERSONALES:** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, la PARTE RECEPTORA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de HABEAS DATA, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012 y las disposiciones internas de la entidad **SEXTA – OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS DAÑOS:** En caso de que la PARTE RECEPTORA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente compromiso éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar a la PARTE REVELADORA. **SEPTIMA – CLAÚSULA PENAL:** Independientemente de la cláusula anterior, La PARTE RECEPTORA por el cumplimiento del presente ACUERDO deberá pagar como cláusula penal el valor equivalente a CUATRO (4) SMLMV. PARÁGRAFO: El presente ACUERDO presta mérito ejecutivo por sí mismo, como garantía del cumplimiento o el incumplimiento. **NOVENA – VIGENCIA:** La vigencia del presente compromiso será indefinido y permanecerá vigente mientras exista la información en manos de la PARTE RECEPTORA.

En consecuencia, de lo anterior, el presente compromiso se firma a los treinta (30) días del mes de Sep del 2026

Dayalyn Garay

LA PARTE RECEPTORA (Firma)

Nombre. Dayalyn Garay

CC No. 1.006.826.647

Nit. No. _____

Empresa _____

LA PARTE REVELADORA (Firma)

MARTHA LUCIA HERRERA RIOS

Gerente del Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303015959

PIB
07:22:23

Bogotá DC, 16 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DAYALYN ALEXANDRA GARAY LADINO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006826647:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 16 de septiembre de 2026, a las 07:22:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1006826647
Código de Verificación	1006826647260916072253

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:23:29 AM horas del 16/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1006826647**

Apellidos y Nombres: **GARAY LADINO DAYALYN ALEXANDRA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/09/2026 07:24:17 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1006826647** y Nombre: **DAYALYN ALEXANDRA GARAY LADINO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **147761020** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https:// www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:05:28 horas del 16/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1006826647,** Apellidos y Nombres **GARAY LADINO DAYALYN ALEXANDRA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA**, con NIT **900004059-7** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1006826647 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 16/09/2026 07:54 AM

Código Verificación: **CD4FUZSKWQ**

Válida hasta: **16/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DAVIbank

DAVIbank S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 7962006987 , con fecha de apertura 18 de Febrero de 2020 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): DAYALYN ALEXANDRA GARAY LADINO
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.006.826.647

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Septiembre de 2026 .

Cordialmente,

Servicio al Cliente
Davibank S.A.
www.davibank.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

© 2026 - ® Pertenece a Davivienda Group.

La República de Colombia

y en su nombre la

INSTITUCIÓN EDUCATIVA HENRY DANIELS



Castilla La Nueva - Meta

Autorizada por la Secretaría de Educación Departamental
según Resolución No. 4596 del 29 de Septiembre de 2016.

Confiere a:

Dayalyn Alexandra Garay Ladino

Identificado (a) con T.I. No. 1.006.826.647 expedida en Castilla La Nueva - Meta

El Título de:

Bachiller Técnico en Producción Agropecuaria

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel
de Educación Media Técnica en Producción Agropecuaria,
según los planes y programas vigentes.

Firmado por:

Lic. DAVID URREGO BUITRAGO
C.C. No. 17.410.207 de Acacías (Meta)
Rector

STELLA SUÁREZ BOLÍVAR
C.C. 21.174.527 de Acacías (Meta).
SECRETARIA

INSTITUCION EDUCATIVA HENRY DANIELS

Acta Individual de Grado

Institución Educativa Henry Daniels

Castilla La Nueva – Meta

Código Dane 150150000191

En el Municipio de Castilla La Nueva (Meta), el seis (06) de Diciembre del año 2018 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA HENRY DANIELS. Institución aprobada en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento del Meta, según Resolución No. 4596 del 29 de Septiembre de 2016 para otorgar el TÍTULO DE BACHILLER TÉCNICO.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER TÉCNICO EN PRODUCCIÓN AGROPECUARIA, a los graduandos cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación:

Dayalyn Alexandra Garay Ladino

Identificado (a) con T.I. No. 1.006.826.647 expedida en Castilla La Nueva - Meta

Es fiel copia tomada del Acta General No. (77) de fecha 06 de Diciembre de 2018 que consta de (19) alumnos que comienza con los nombres y apellidos de NATALIA CÁRDENAS PEÑA y se cierra con los nombres y apellidos de JASSER ESTEBAN VILLARREAL BUITRAGO.

Firmado por Lic. DAVID URREGO BUITRAGO (Rector) y STELLA SUÁREZ BOLÍVAR (Secretaria).

Dada en Castilla La Nueva (Meta), el seis (06) de Diciembre del año 2018.

No requiere Registro de Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.

Firmado:

Lic. DAVID URREGO BUITRAGO
C.C. No. 17.410.207 de Acacías (Meta)
Rector

STELLA SUÁREZ BOLÍVAR,
C.C. No. 21.174.527 de Acacías (Meta)
Secretaria

EL ASESOR JURÍDICO DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E., ADSCRITO A LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES,

CERTIFICA:

Que, la señora **DAYALYN ALEXANDRA GARAY LADINO**, quien se identifica con C.C. No. 1.006.826.647 de Castilla La Nueva – Meta, tuvo vinculo contractual con el **HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.**, tal como a continuación se relaciona:

No. DE CONTRATO:	2021-073
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN EL AREA DE FACTURACION EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
VALOR DEL CONTRATO:	CINCO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($ 5,600,000.00) M/CTE.
VALOR ADICION:	DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($2.800. 000.oo) MCTE
VALOR TOTAL:	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($ 8,400,000.00) M/CTE.
FECHA DEL CONTRATO:	PRIMERO (01) DE ENERO DE 2021
TERMINO:	CUATRO (4) MESES.
PRORROGA:	DOS (2) MESES
TERMINO FINAL DEL CONTRATO:	SEIS (6) MESES.
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA (30) DE JUNIO DE 2021
ESTADO ACTUAL:	TERMINADO
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	LA CONTRATISTA será responsable y se obliga a: 1. Iniciar la ejecución del presente contrato solo una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello y, a más tardar, dentro del día siguiente a aquel en que se suscriba el acta de inicio. 2. Colocar a disposición de facturación del área asistencial de la entidad, toda su capacidad, preparación y disposición. 3. Resolver las consultas que se le formulen en desarrollo del presente contrato y que surjan como resultado de la prestación de su servicio. 4. Dar a los compañeros y usuarios, información que sea de su conocimiento y que se pueda confiar, con un trato formal y respetuoso. 5. Reportar a la Gerencia las anomalías que detecte y que puedan ser objeto de investigación (Tener conocimiento de un acto delictivo o que se puede tipificar en uno, y no informarlo a Gerencia acarrearía en responsabilidad Civil y Penal. 6. Asistir a reuniones y eventos concertados que convoque EL HOSPITAL. 7. Desarrollar liquidación de facturas, clasificación de cuentas y auditar. Para ello cumplirá con lo establecido en la resolución 0042 de 2020 de la DIAN, por lo tanto EL CONTRATISTA realizara de forma MINUCIOSA la auditaria de las cuentas previo al envío por la plataforma dispuesta por la DIAN. 8. Atender oportunamente a los usuarios, brindando información clara, un trato formal y ágil, respetando sus valores, costumbres y creencias. El Hospital es una entidad pública que cumple una función social en la

salud, que presta servicios como una empresa y por lo tanto requiere de clientes para su existencia, por lo cual se debe garantizar la satisfacción de los usuarios. 9. Generar las respectivas cuentas de los servicios de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación. 10. Organizar facturas de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación. 11. Prestar un servicio formal, ágil, de calidad, a los usuarios de E.P.S, A.R.P y S.O.A.T. 12. Empastar las cuentas de E.P.S y entregar a la coordinadora del área de facturación. 13. Organizar en carpetas las cuentas. 14. No divulgar ni compartir información que tenga carácter de reserva legal o que sea adquirida en su servicio, a menos que cuente con la autorización previa de la Gerente del Hospital. 15. Cumplir con el turno designado según el cuadro de turnos concordado con el coordinador, que se desarrollaran en el horario de apertura de la entidad. PARAGRAFO PRIMERO: En el caso eventual que LA CONTRATISTA no pude prestar sus servicios en el turno concordado, lo manifestará con la anticipación de mínimo quince (15) días. PARAGRAFO SEGUNDO: En los eventos que no pueda cumplir la designación del turno por fuerza mayor y/o caso fortuito, LA CONTRATISTA informará las circunstancias en el menor tiempo posible. 16. Una vez terminado el presente contrato cualquiera que fuere su causa, LA CONTRATISTA se compromete a suministrar información que, según la necesidad de pertinencia de la entidad, se le solicite. 17. Acatar las recomendaciones y sugerencias destinadas a fortalecer el servicio que presta la entidad y del cual LA CONTRATISTA hace parte, por parte del coordinador del área de facturación, Supervisor del contrato, y Gerencia. 18. Facturar según el procedimiento del sistema PROSOFT los servicios prestados por EL HOSPITAL. 19. Verificar en bases de datos a los usuarios que soliciten servicios en el Hospital. 20. Realizar trámites de referencia y contra referencia con las E.P.S. 21. Verificar derechos de usuarios, solicitar autorizaciones de urgencias, traslados de ambulancia, y hospitalización de pacientes, por el medio de comunicación que disponga la entidad. 22. Recibir copagos, cuotas moderadoras, o valor del comprobante de pago, de acuerdo a cada procedimiento que el usuario requiera. 23. Elaborar los comprobantes de caja de los valores cancelados por los usuarios de EL HOSPITAL y entregarlos a la tesorería. 24. Recibir y facturar las consultas que se ejecutan semanalmente en las veredas del municipio Castilla La Nueva. 25. Recibir y facturar los RIPS de vacunación mensual efectuados por las auxiliares en cada vereda y del casco urbano. 26. Atender el procedimiento de ARQUEO efectuado por la persona designada por EL HOSPITAL. 27. LA CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del periodo contractual a informar. 28. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTION Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 29. Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre

	contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que las reiteradas faltas (tres) constatadas por El Hospital como consecuencia de una queja verbal o escrita en su contra, facultan a la Entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato. 30. PORTAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN OCASIÓN DE LAS DIRECTRICES DEL HOSPITAL PARA LA PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL VIRUS SARS-COV-2 Y SU ENFERMEDAD COVID- 19, COMO VELAR PORQUE LOS COMPAÑEROS TAMBIEN LOS PORTEN. 31. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.
No. DE CONTRATO:	**2021-206**
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN EL AREA DE FACTURACION EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
VALOR DEL CONTRATO:	CINCO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($ 5,600,000.00) M/CTE.
VALOR ADICION:	DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($2,800,000.00) MCTE.
VALOR TOTAL:	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($ 8,400,000.00) M/CTE.
FECHA DEL CONTRATO:	PRIMERO (01) DE JULIO DE 2021
TERMINO:	CUATRO (4) MESES.
PRORROGA:	DOS (2) MESES
TERMINO FINAL DEL CONTRATO:	SEIS (6) MESES
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2021
ESTADO ACTUAL:	TERMINADO
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	LA CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1.** Iniciar la ejecución del presente contrato solo una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello y, a más tardar, dentro del día siguiente a aquel en que se suscriba el acta de inicio. **2.** Colocar a disposición de facturación del área asistencial de la entidad, toda su capacidad, preparación y disposición. **3.** Resolver las consultas que se le formulen en desarrollo del presente contrato y que surjan como resultado de la prestación de su servicio. **4.** Dar a los compañeros y usuarios, información que sea de su conocimiento y que se pueda confiar, con un trato formal y respetuoso. **5.** Reportar a la Gerencia las anomalías que detecte y que puedan ser objeto de investigación (Tener conocimiento de un acto delictivo o que se puede tipificar en uno, y no informarlo a Gerencia acarrearía en responsabilidad Civil y Penal. **6.** Asistir a reuniones y eventos concertados que convoque EL HOSPITAL. **7.** Desarrollar liquidación de facturas, clasificación de cuentas y auditar. **Para ello cumplirá con lo establecido en la resolución 0042 de 2020 de la DIAN, por lo tanto EL CONTRATISTA realizará de forma MINUCIOSA la auditaria de las cuentas previo al envío por la plataforma dispuesta por la DIAN. 8. Atender oportunamente a los usuarios, brindando información clara, un trato formal y ágil, respetando sus valores, costumbres y creencias. El**

Hospital es una entidad pública que cumple una función social en la salud, que presta servicios como una empresa y por lo tanto requiere de clientes para su existencia, por lo cual se debe garantizar la satisfacción de los usuarios. 9. Generar las respectivas cuentas de los servicios de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación. **10.** Organizar facturas de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación. **11.** Prestar un servicio formal, ágil, de calidad, a los usuarios de E.P.S, A.R.P y S.O.A.T. **12.** Empastar las cuentas de E.P.S y entregar a la coordinadora del área de facturación. **13.** Organizar en carpetas las cuentas. **14.** No divulgar ni compartir información que tenga carácter de reserva legal o que sea adquirida en su servicio, a menos que cuente con la autorización previa de la Gerente del Hospital. **15.** Cumplir con el turno designado según el cuadro de turnos concordado con el coordinador, que se desarrollaran en el horario de apertura de la entidad. PARÁGRAFO PRIMERO: En el caso eventual que LA CONTRATISTA no pude prestar sus servicios en el turno concordado, lo manifestará con la anticipación de mínimo quince (15) días. PARÁGRAFO SEGUNDO: En los eventos que no pueda cumplir la designación del turno por fuerza mayor y/o caso fortuito, LA CONTRATISTA informará las circunstancias en el menor tiempo posible. **16.** Una vez terminado el presente contrato cualquiera que fuere su causa, LA CONTRATISTA se compromete a suministrar información que, según la necesidad de pertinencia de la entidad, se le solicite. **17.** Acatar las recomendaciones y sugerencias destinadas a fortalecer el servicio que presta la entidad y del cual LA CONTRATISTA hace parte, por parte del coordinador del área de facturación, Supervisor del contrato, y Gerencia. **18.** Recibir autorización y facturar los servicios prestados por EL HOSPITAL según el procedimiento del sistema PROSOFT, o en su defecto, hacerlo en el término oportuno. Entendiendo que de no hacerlo, me haré responsable del pago de los servicios prestados, facturados y no autorizados por parte de la EPS (Debida radicación). **19.** Verificar en bases de datos a los usuarios que soliciten servicios en el Hospital. **20.** Realizar trámites de referencia y contra referencia con las E.P.S. **21.** Verificar derechos de usuarios, solicitar autorizaciones de urgencias, traslados de ambulancia, y hospitalización de pacientes, por el medio de comunicación que disponga la entidad. **22.** Recibir copagos, cuotas moderadoras, o valor del comprobante de pago, de acuerdo a cada procedimiento que el usuario requiera. **23.** Elaborar los comprobantes de caja de los valores cancelados por los usuarios de EL HOSPITAL y entregarlos a la tesorería. **24.** Recibir y facturar las consultas que se ejecutan semanalmente en las veredas del municipio Castilla La Nueva. **25.** Recibir y facturar los RIPS de vacunación mensual efectuados por las auxiliares en cada vereda y del casco urbano. **26.** Atender el procedimiento de ARQUEO efectuado por la persona designada por EL HOSPITAL. **27.** LA CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a

	informar. 28. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 29. Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que las reiteradas faltas (tres) constatadas por El Hospital como consecuencia de una queja verbal o escrita en su contra, facultan a la Entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato. 30. PORTAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN OCASIÓN DE LAS DIRECTRICES DEL HOSPITAL PARA LA PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL VIRUS SARS-COV-2 Y SU ENFERMEDAD COVID- 19, COMO VELAR PORQUE LOS COMPAÑEROS TAMBIEN LOS PORTEN. 31. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.
No. DE CONTRATO:	2022-057
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN LA OFICINA DE FACTURACION DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
VALOR DEL CONTRATO:	UN MILLON CUATROCIENTOS MIL PESOS ($ 1,400,000.00) M/CTE.
VALOR ADICION:	N/A.
VALOR TOTAL:	UN MILLON CUATROCIENTOS MIL PESOS ($ 1,400,000.00) M/CTE.
FECHA DEL CONTRATO:	PRIMERO (01) DE ENERO DE 2022
TERMINO:	UN (1) MES
PRORROGA:	N/A.
TERMINO FINAL DEL CONTRATO:	UN (1) MES
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA (30) DE ENERO DE 2022
ESTADO ACTUAL:	TERMINADO
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	LA CONTRATISTA será responsable y se obliga a: 1. Iniciar la ejecución del presente contrato solo una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello y, a más tardar, dentro del día siguiente a aquel en que se suscriba el acta de inicio. 2. Colocar a disposición de facturación del área asistencial de la entidad, toda su capacidad, preparación y disposición. 3. Resolver las consultas que se le formulen en desarrollo del presente contrato y que surjan como resultado de la prestación de su servicio. 4. Dar a los compañeros y usuarios, información que sea de su conocimiento y que se pueda confiar, con un trato formal y respetuoso. 5. Reportar a la Gerencia las anomalías que detecte y que puedan ser objeto de investigación (Tener conocimiento de un acto delictivo o que se puede tipificar en uno, y no informarlo a Gerencia acarrearía en responsabilidad Civil y Penal. 6. Asistir a reuniones y eventos concertados que convoque EL HOSPITAL. 7. Desarrollar liquidación de facturas, clasificación de cuentas y auditar. Para ello cumplirá con lo establecido en la resolución 0042 de 2020 de la DIAN, por lo tanto EL CONTRATISTA realizará de forma MINUCIOSA la auditaría de las cuentas

previo al envío por la plataforma dispuesta por la DIAN. **8.** Atender oportunamente a los usuarios, brindando información clara, un trato formal y ágil, respetando sus valores, costumbres y creencias. El Hospital es una entidad pública que cumple una función social en la salud, que presta servicios como una empresa y por lo tanto requiere de clientes para su existencia, por lo cual se debe garantizar la satisfacción de los usuarios. **9.** Generar las respectivas cuentas de los servicios de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación. **10.** Organizar facturas de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación. **11.** Prestar un servicio formal, ágil, de calidad, a los usuarios de E.P.S, A.R.P y S.O.A.T. **12.** Empastar las cuentas de E.P.S y entregar a la coordinadora del área de facturación. **13.** Organizar en carpetas las cuentas. **14.** No divulgar ni compartir información que tenga carácter de reserva legal o que sea adquirida en su servicio, a menos que cuente con la autorización previa de la Gerente del Hospital. **15.** Cumplir con el turno designado según el cuadro de turnos concordado con el coordinador, que se desarrollaran en el horario de apertura de la entidad. PARÁGRAFO PRIMERO: En el caso eventual que LA CONTRATISTA no pude prestar sus servicios en el turno concordado, lo manifestará con la anticipación de mínimo quince (15) días. PARÁGRAFO SEGUNDO: En los eventos que no pueda cumplir la designación del turno por fuerza mayor y/o caso fortuito, LA CONTRATISTA informará las circunstancias en el menor tiempo posible. **16.** Una vez terminado el presente contrato cualquiera que fuere su causa, LA CONTRATISTA se compromete a suministrar información que, según la necesidad de pertinencia de la entidad, se le solicite. **17.** Acatar las recomendaciones y sugerencias destinadas a fortalecer el servicio que presta la entidad y del cual LA CONTRATISTA hace parte, por parte del coordinador del área de facturación, Supervisor del contrato, y Gerencia. **18.** Recibir autorización y facturar los servicios prestados por EL HOSPITAL según el procedimiento del sistema PROSOFT, o en su defecto, hacerlo en el término oportuno. Entendiendo que de no hacerlo, me haré responsable del pago de los servicios prestados, facturados y no autorizados por parte de la EPS (Débida radicación). **19.** Verificar en bases de datos a los usuarios que soliciten servicios en el Hospital. **20.** Realizar trámites de referencia y contra referencia con las E.P.S. **21.** Verificar derechos de usuarios, solicitar autorizaciones de urgencias, traslados de ambulancia, y hospitalización de pacientes, por el medio de comunicación que disponga la entidad. **22.** Recibir copagos, cuotas moderadoras, o valor del comprobante de pago, de acuerdo a cada procedimiento que el usuario requiera. **23.** Elaborar los comprobantes de caja de los valores cancelados por los usuarios de EL HOSPITAL y entregarlos a la tesorería. **24.** Recibir y facturar las consultas que se ejecutan semanalmente en las veredas del municipio Castilla La Nueva. **25.** Recibir y facturar los RIPS de vacunación mensual efectuados por las auxiliares en cada vereda y del casco urbano. **26.** Atender el procedimiento de ARQUEO efectuado por la persona designada por EL HOSPITAL. **27.** LA

	CONTRATISTA presentará Informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar. 28. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 29. Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que las reiteradas faltas (tres) constatadas por El Hospital como consecuencia de una queja verbal o escrita en su contra, facultan a la Entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato. 30. PORTAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN OCASIÓN DE LAS DIRECTRICES DEL HOSPITAL PARA LA PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL VIRUS SARS-COV-2 Y SU ENFERMEDAD COVID- 19, COMO VELAR PORQUE LOS COMPAÑEROS TAMBIEN LOS PORTEN. 31. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.
No. DE CONTRATO:	2022-158
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE FACTURACION EN LAS AREAS DE CONSULTA EXTERNA, LABORATORIO CLINICO Y PROMOCION Y PREVENCION DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
VALOR DEL CONTRATO:	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($ 8.400,000.00) M/CTE.
VALOR ADICION:	N/A.
VALOR TOTAL:	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($ 8.400,000.00) M/CTE.
FECHA DEL CONTRATO:	PRIMERO (01) DE JULIO DE 2022
TERMINO:	SEIS (6) MESES
PRORROGA:	N/A
TERMINO FINAL DEL CONTRATO:	SEIS (6) MESES
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2022
ESTADO ACTUAL:	TERMINADO
OBLIGACIONES ESPECIFICAS:	LA CONTRATISTA será responsable y se obliga a: 1. Iniciar la ejecución del presente contrato solo una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello y, a más tardar, dentro del día siguiente a aquel en que se suscriba el acta de inicio. 2. Colocar a disposición de facturación del área asistencial de la entidad, toda su capacidad, preparación y disposición. 3. Resolver las consultas que se le formulen en desarrollo del presente contrato y que surjan como resultado de la prestación de su servicio. 4. Dar a los compañeros y usuarios, información que sea de su conocimiento y que se pueda confiar, con un trato formal y respetuoso. 5. Reportar a la Gerencia las anomalías que

detecte y que puedan ser objeto de investigación (Tener conocimiento de un acto delictivo o que se puede tipificar en uno, y no informarlo a Gerencia acarrearía en responsabilidad Civil y Penal. **6.** Asistir a reuniones y eventos concertados que convoque EL HOSPITAL. **7.** Desarrollar liquidación de facturas, clasificación de cuentas y auditar. **Para ello cumplirá con lo establecido en la resolución 0042 de 2020 de la DIAN, por lo tanto EL CONTRATISTA realizara de forma MINUCIOSA la auditaria de las cuentas previo al envio por la plataforma dispuesta por la DIAN. 8. Atender oportunamente a los usuarios, brindando información clara, un trato formal y ágil,respetando sus valores, costumbres y creencias. El Hospital es una entidad pública que cumple una función social en la salud, que presta servicios como una empresa y por lo tanto requiere de clientes para su existencia, por lo cual se debe garantizar la satisfacción de los usuarios. 9.** Generar las respectivas cuentas de los servicios de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación. **10.** Organizar facturas de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación. **11.** Prestar un servicio formal, ágil, de calidad, a los usuarios de E.P.S, A.R.P y S.O.A.T. **12.** Empastar las cuentas de E.P.S y entregar a la coordinadora del área de facturación. **13.** Organizar en carpetas las cuentas. **14.** No divulgar ni compartir información que tenga carácter de reserva legal o que sea adquirida en su servicio, a menos que cuente con la autorización previa de la Gerente del Hospital. **15.** Cumplir con el turno designado según el cuadro de turnos concordado con el coordinador, que se desarrollaran en el horario de apertura de la entidad. PARÁGRAFO PRIMERO: En el caso eventual que LA CONTRATISTA no pude prestar sus servicios en el turno concordado, lo manifestará con la anticipación de mínimo quince (15) días. PARÁGRAFO SEGUNDO: En los eventos que no pueda cumplir la designación del turno por fuerza mayor y/o caso fortuito, LA CONTRATISTA informará las circunstancias en el menor tiempo posible. **16.** Una vez terminado el presente contrato cualquiera que fuere su causa, LA CONTRATISTA se compromete a suministrar información que, según la necesidad de pertinencia de la entidad, se le solicite. **17.** Acatar las recomendaciones y sugerencias destinadas a fortalecer el servicio que presta la entidad y del cual LA CONTRATISTA hace parte, por parte del coordinador del área de facturación, Supervisor del contrato, y Gerencia. **18.** Recibir autorización y facturar los servicios prestados por EL HOSPITAL según el procedimiento del sistema PROSOFT, o en su defecto, hacerlo en el término oportuno. Entendiendo que de no hacerlo, me haré responsable del pago de los servicios prestados, facturados y no autorizados por parte de la EPS (Debida radicación). **19.** Verificar en bases de datos a los usuarios que soliciten servicios en el Hospital. **20.** Realizar trámites de referencia y contra referencia con las E.P.S. **21.** Verificar derechos de usuarios, solicitar autorizaciones de urgencias, traslados de ambulancia, y hospitalización de pacientes, por el medio de comunicación que disponga la entidad. **22.** Recibir copagos, cuotas moderadoras, o valor del comprobante de pago, de acuerdo

	a cada procedimiento que el usuario requiera. **23.** Elaborar los comprobantes de caja de los valores cancelados por los usuarios de EL HOSPITAL y entregarlos a la tesorería. **24.** Recibir y facturar las consultas que se ejecutan semanalmente en las veredas del municipio Castilla La Nueva. **25.** Recibir y facturar los RIPS de vacunación mensual efectuados por las auxiliares en cada vereda y del casco urbano. **26.** Atender el procedimiento de ARQUEO efectuado por la persona designada por EL HOSPITAL. **27.** LA CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del periodo contractual a informar. **28. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTION Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 29.** Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que las reiteradas faltas (tres) constatadas por El Hospital como consecuencia de una queja verbal o escrita en su contra, facultan a la Entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato. **30. PORTAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN OCASIÓN DE LAS DIRECTRICES DEL HOSPITAL PARA LA PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL VIRUS SARS-COV-2 Y SU ENFERMEDAD COVID- 19, COMO VELAR PORQUE LOS COMPAÑEROS TAMBIEN LOS PORTEN. 31.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.
No. DE CONTRATO:	2023-040
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FACTURACION EN LAS AREAS DE CONSULTA EXTERNA, LABORATORIO CLINICO Y PROMOCION Y PREVENCION DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
VALOR DEL CONTRATO:	NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($ 9,450,000.00) M/CTE.
VALOR ADICION:	N/A.
VALOR TOTAL:	NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($ 9,450,000.00) M/CTE.
FECHA DEL CONTRATO:	PRIMERO (01) DE ENERO DE 2023
TERMINO:	SEIS (6) MESES
PRORROGA:	N/A
TERMINO FINAL DEL CONTRATO:	SEIS (6) MESES
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA (30) DE JUNIO DE 2023
ESTADO ACTUAL:	TERMINADO
OBLIGACIONES ESPECIFICAS:	LA CONTRATISTA será responsable y se obliga a: 1. Iniciar la ejecución del presente contrato solo una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello y,

a más tardar, dentro del día siguiente a aquel en que se suscriba el acta de inicio. **2.** Colocar a disposición de facturación del área asistencial de la entidad, toda su capacidad, preparación y disposición. **3.** Resolver las consultas que se le formulen en desarrollo del presente contrato y que surjan como resultado de la prestación de su servicio. **4.** Dar a los compañeros y usuarios, información que sea de su conocimiento y que se pueda confiar, con un trato formal y respetuoso. **5.** Reportar a la Gerencia las anomalías que detecte y que puedan ser objeto de investigación (Tener conocimiento de un acto delictivo o que se puede tipificar en uno, y no informarlo a Gerencia acarrearía en responsabilidad Civil y Penal. **6.** Asistir a reuniones y eventos concertados que convoque EL HOSPITAL. **7.** Desarrollar liquidación de facturas, clasificación de cuentas y auditar. **Para ello cumplirá con lo establecido en la resolución 0042 de 2020 de la DIAN, por lo tanto, EL CONTRATISTA realizará de forma MINUCIOSA la auditaría de las cuentas previo al envío por la plataforma dispuesta por la DIAN.** **8.** Atender oportunamente a los usuarios, brindando información clara, un trato formal y ágil, respetando sus valores, costumbres y creencias. El Hospital es una entidad pública que cumple una función social en la salud, que presta servicios como una empresa y por lo tanto requiere de clientes para su existencia, por lo cual se debe garantizar la satisfacción de los usuarios. **9.** Generar las respectivas cuentas de los servicios de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación. **10.** Organizar facturas de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación. **11.** Prestar un servicio formal, ágil, de calidad, a los usuarios de E.P.S, A.R.P y S.O.A.T. **12.** Empastar las cuentas de E.P.S y entregar a la coordinadora del área de facturación. **13.** Organizar en carpetas las cuentas. **14.** No divulgar ni compartir información que tenga carácter de reserva legal o que sea adquirida en su servicio, a menos que cuente con la autorización previa de la Gerente del Hospital. **15.** Cumplir con el turno designado según el cuadro de turnos concordado con el coordinador, que se desarrollaran en el horario de apertura de la entidad. PARÁGRAFO PRIMERO: En el caso eventual que LA CONTRATISTA no pude prestar sus servicios en el turno concordado, lo manifestará con la anticipación de mínimo quince (15) días. PARÁGRAFO SEGUNDO: En los eventos que no pueda cumplir la designación del turno por fuerza mayor y/o caso fortuito, LA CONTRATISTA informará las circunstancias en el menor tiempo posible. **16.** Una vez terminado el presente contrato cualquiera que fuere su causa, LA CONTRATISTA se compromete a suministrar información que, según la necesidad de pertinencia de la entidad, se le solicite. **17.** Acatar las recomendaciones y sugerencias destinadas a fortalecer el servicio que presta la entidad y del cual LA CONTRATISTA hace parte, por parte del coordinador del área de facturación, Supervisor del contrato, y Gerencia. **18.** Recibir autorización y facturar los servicios prestados por EL HOSPITAL según el procedimiento del sistema PROSOFT, o en su defecto, hacerlo en el término oportuno. Entendiendo que, de no hacerlo, me hare responsable del

	pago de los servicios prestados, facturados y no autorizados por parte de la EPS (Debida radicación). 19. Verificar en bases de datos a los usuarios que soliciten servicios en el Hospital. 20. Realizar trámites de referencia y contra referencia con las E.P.S. 21. Verificar derechos de usuarios, solicitar autorizaciones de urgencias, traslados de ambulancia, y hospitalización de pacientes, por el medio de comunicación que disponga la entidad. 22. Recibir copagos, cuotas moderadoras, o valor del comprobante de pago, de acuerdo a cada procedimiento que el usuario requiera. 23. Elaborar los comprobantes de caja de los valores cancelados por los usuarios de EL HOSPITAL y entregarlos a la tesorería. 24. Recibir y facturar las consultas que se ejecutan semanalmente en las veredas del municipio Castilla La Nueva. 25. Recibir y facturar los RIPS de vacunación mensual efectuados por las auxiliares en cada vereda y del casco urbano. 26. Atender el procedimiento de ARQUEO efectuado por la persona designada por EL HOSPITAL. 27. LA CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del periodo contractual a informar. 28. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTION Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 29. Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que las reiteradas faltas (tres) constatadas por El Hospital como consecuencia de una queja verbal o escrita en su contra, facultan a la Entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato. 30. PORTAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN OCASIÓN DE LAS DIRECTRICES DEL HOSPITAL PARA LA PREVENCION, CONTENCION Y MITIGACION DEL VIRUS SARS-COV-2 Y SU ENFERMEDAD COVID 19, COMO VELAR PORQUE LOS COMPAÑEROS TAMBIEN LOS PORTEN. 31. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución
No. DE CONTRATO:	2023-166
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FACTURACION EN LAS AREAS DE CONSULTA EXTERNA, LABORATORIO CLINICO Y PROMOCION Y PREVENCION DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
VALOR DEL CONTRATO:	SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($ 6,300,000.00) M/CTE.
VALOR ADICION:	TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($3.150.000.00) M/CTE.
VALOR TOTAL:	NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($ 9,450,000.00) M/CTE.
FECHA DEL CONTRATO:	PRIMERO (01) DE JULIO DE 2023
TERMINO:	CUATRO (4) MESES
PRORROGA:	DOS (2) MESES

TERMINO FINAL DEL CONTRATO:	SEIS (6) MESES
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2023
ESTADO ACTUAL:	TERMINADO
OBLIGACIONES ESPECIFICAS:	LA CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1.** Iniciar la ejecución del presente contrato solo una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello y, a más tardar, dentro del día siguiente a aquel en que se suscriba el acta de inicio. **2.** Colocar a disposición de facturación del área asistencial de la entidad, toda su capacidad, preparación y disposición. **3.** Resolver las consultas que se le formulen en desarrollo del presente contrato y que surjan como resultado de la prestación de su servicio. **4.** Dar a los compañeros y usuarios, información que sea de su conocimiento y que se pueda confiar, con un trato formal y respetuoso. **5.** Reportar a la Gerencia las anomalías que detecte y que puedan ser objeto de investigación (Tener conocimiento de un acto delictivo o que se puede tipificar en uno, y no informarlo a Gerencia acarrearía en responsabilidad Civil y Penal. **6.** Asistir a reuniones y eventos concertados que convoque EL HOSPITAL. **7.** Desarrollar liquidación de facturas, clasificación de cuentas y auditar. Para ello cumplirá con lo establecido en la resolución 0042 de 2020 de la DIAN, por lo tanto, EL CONTRATISTA realizara de forma MINUCIOSA la auditaria de las cuentas previo al envío por la plataforma dispuesta por la DIAN. **8.** Atender oportunamente a los usuarios, brindando información clara, un trato formal y ágil, respetando sus valores, costumbres y creencias. El Hospital es una entidad publica que cumple una función social en la salud, que presta servicios como una empresa y por lo tanto requiere de clientes para su existencia, por lo cual se debe garantizar la satisfacción de los usuarios. **9.** Generar las respectivas cuentas de los servicios de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación. **10.** Organizar facturas de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación. **11.** Prestar un servicio formal, ágil, de calidad, a los usuarios de E.P.S, A.R.P y S.O.A.T. **12.** Empastar las cuentas de E.P.S y entregar a la coordinadora del área de facturación. **13.** Organizar en carpetas las cuentas. **14.** No divulgar ni compartir información que tenga carácter de reserva legal o que sea adquirida en su servicio, a menos que cuente con la autorización previa de la Gerente del Hospital. **15.** Cumplir con el turno designado según el cuadro de turnos concordado con el coordinador, que se desarrollaran en el horario de apertura de la entidad. PARAGRAFO PRIMERO: En el caso eventual que LA CONTRATISTA no pude prestar sus servicios en el turno concordado, lo manifestara con la anticipación de mínimo quince (15) días. PARAGRAFO SEGUNDO: En los eventos que no pueda cumplir la designación del turno por fuerza mayor y/o caso fortuito, LA CONTRATISTA informara las circunstancias en el menor tiempo posible. **16.** Una vez terminado el presente contrato cualquiera que fuere su causa, LA CONTRATISTA se compromete a suministrar información que, según la necesidad de pertinencia de la entidad, se le solicite. **17.** Acatar

	las recomendaciones y sugerencias destinadas a fortalecer el servicio que presta la entidad y del cual LA CONTRATISTA hace parte, por parte del coordinador del área de facturación, Supervisor del contrato, y Gerencia. **18.** Recibir autorización y facturar los servicios prestados por EL HOSPITAL según el procedimiento del sistema PROSOFT, o en su defecto, hacerlo en el término oportuno. Entendiendo que, de no hacerlo, me hare responsable del pago de los servicios prestados, facturados y no autorizados por parte de la EPS (Debida radicación). **19.** Verificar en bases de datos a los usuarios que soliciten servicios en el Hospital. **20.** Realizar trámites de referencia y contra referencia con las E.P.S. **21.** Verificar derechos de usuarios, solicitar autorizaciones de urgencias, traslados de ambulancia, y hospitalización de pacientes, por el medio de comunicación que disponga la entidad. **22.** Recibir copagos, cuotas moderadoras, o valor del comprobante de pago, de acuerdo a cada procedimiento que el usuario requiera. **23.** Elaborar los comprobantes de caja de los valores cancelados por los usuarios de EL HOSPITAL y entregarlos a la tesorería. **24.** Recibir y facturar las consultas que se ejecutan semanalmente en las veredas del municipio Castilla La Nueva. **25.** Recibir y facturar los RIPS de vacunación mensual efectuados por las auxiliares en cada vereda y del casco urbano. **26.** Atender el procedimiento de ARQUEO efectuado por la persona designada por EL HOSPITAL. **27.** LA CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del periodo contractual a informar. **28. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTION Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 29: Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que las reiteradas faltas (tres) constatadas por El Hospital como consecuencia de una queja verbal o escrita en su contra, facultan a la Entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato. 30. PORTAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN OCASIÓN DE LAS DIRECTRICES DEL HOSPITAL PARA LA PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL VIRUS SARS-COV-2 Y SU ENFERMEDAD COVID- 19, COMO VELAR PORQUE LOS COMPAÑEROS TAMBIEN LOS PORTEN. 31.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución
No. DE CONTRATO:	2024-279
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE FACTURACION PARA EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
VALOR DEL CONTRATO:	DIEZ MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($10.500.000) M/CTE.
VALOR ADICION:	N/A
VALOR TOTAL:	DIEZ MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($10.500.000) M/CTE.
FECHA DEL CONTRATO:	PRIMERO (01) DE AGOSTO DE 2024

TERMINO:	CINCO (5) MESES
PRORROGA:	N/A
TERMINO FINAL DEL CONTRATO:	CINCO (5) MESES
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2024
ESTADO ACTUAL:	TERMINADO
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	LA CONTRATISTA será responsable y se obliga a: 1. Iniciar la ejecución del presente contrato solo una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello y, a más tardar, dentro del día siguiente a aquel en que se suscriba el acta de inicio. 2. Colocar a disposición de facturación del área asistencial de la entidad, toda su capacidad, preparación y disposición. 3. Resolver las consultas que se le formulen en desarrollo del presente contrato y que surjan como resultado de la prestación de su servicio. 4. Dar a los compañeros y usuarios, información que sea de su conocimiento y que se pueda confiar, con un trato formal y respetuoso. 5. Reportar a la Gerencia las anomalías que detecte y que puedan ser objeto de investigación (Tener conocimiento de un acto delictivo o que se puede tipificar en uno, y no informarlo a Gerencia acarrearía en responsabilidad Civil y Penal. 6. Asistir a reuniones y eventos concertados que convoque EL HOSPITAL. 7. Desarrollar liquidación de facturas, clasificación de cuentas y auditar. Para ello cumplirá con lo establecido en la resolución 0042 de 2020 de la DIAN, por lo tanto, EL CONTRATISTA realizará de forma MINUCIOSA la auditaria de las cuentas previo al envío por la plataforma dispuesta por la DIAN. 8. Atender oportunamente a los usuarios, brindando información clara, un trato formal y ágil, respetando sus valores, costumbres y creencias. El Hospital es una entidad pública que cumple una función social en la salud, que presta servicios como una empresa y por lo tanto requiere de clientes para su existencia, por lo cual se debe garantizar la satisfacción de los usuarios. 9. Generar las respectivas cuentas de los servicios de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación. 10. Organizar facturas de acuerdo al procedimiento establecido por la entidad según la oficina de facturación. 11. Prestar un servicio formal, ágil, de calidad, a los usuarios de E.P.S, A.R.P y S.O.A.T. 12. Empastar las cuentas de E.P.S y entregar a la coordinadora del área de facturación. 13. Organizar en carpetas las cuentas. 14. No divulgar ni compartir información que tenga carácter de reserva legal o que sea adquirida en su servicio, a menos que cuente con la autorización previa de la Gerente del Hospital. 15. Cumplir con el turno designado según el cuadro de turnos concordado con el coordinador, que se desarrollaran en el horario de apertura de la entidad. PARÁGRAFO PRIMERO: En el caso eventual que LA CONTRATISTA no pude prestar sus servicios en el turno concordado, lo manifestará con la anticipación de mínimo quince (15) días. PARÁGRAFO SEGUNDO: En los eventos que no pueda cumplir la designación del turno por fuerza mayor y/o caso fortuito, LA CONTRATISTA informará las circunstancias en el menor tiempo posible. 16. Una vez terminado el presente contrato cualquiera que

	fuere su causa, LA CONTRATISTA se compromete a suministrar información que, según la necesidad de pertinencia de la entidad, se le solicite. **17.** Acatar las recomendaciones y sugerencias destinadas a fortalecer el servicio que presta la entidad y del cual LA CONTRATISTA hace parte, por parte del coordinador del área de facturación, Supervisor del contrato, y Gerencia. **18.** Recibir autorización y facturar los servicios prestados por EL HOSPITAL según el procedimiento del sistema PROSOFT, o en su defecto, hacerlo en el término oportuno. Entendiendo que, de no hacerlo, me haré responsable del pago de los servicios prestados, facturados y no autorizados por parte de la EPS (Debida radicación). **19.** Verificar en bases de datos a los usuarios que soliciten servicios en el Hospital. **20.** Realizar trámites de referencia y contra referencia con las E.P.S. **21.** Verificar derechos de usuarios, solicitar autorizaciones de urgencias, traslados de ambulancia, y hospitalización de pacientes, por el medio de comunicación que disponga la entidad. **22.** Recibir copagos, cuotas moderadoras, o valor del comprobante de pago, de acuerdo a cada procedimiento que el usuario requiera. **23.** Elaborar los comprobantes de caja de los valores cancelados por los usuarios de EL HOSPITAL y entregarlos a la tesorería. **24.** Recibir y facturar las consultas que se ejecutan semanalmente en las veredas del municipio Castilla La Nueva. **25.** Recibir y facturar los RIPS de vacunación mensual efectuados por las auxiliares en cada vereda y del casco urbano. **26.** Atender el procedimiento de ARQUEO efectuado por la persona designada por EL HOSPITAL. **27.** LA CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del periodo contractual a informar. **28. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 29. Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que las reiteradas faltas (tres) constatadas por El Hospital como consecuencia de una queja verbal o escrita en su contra, facultan a la Entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato. 30.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.

Se expide la presente a solicitud de la interesada en Castilla La Nueva (Meta), a los veintiún (21) días del mes mayo del año dos mil veinticinco (2025).

CRISTIAN CAMILO TORRES GARCIA
ASESOR JURÍDICO - CONTRATACIÓN

Elaboró: Anjhy Tatiana Martínez Chisco - Técnico Administrativo
Revisó: Lysa Tatiana Ramírez Daza – Profesional Contratación
Aprobó: Cristian Camilo Torres García – Asesor Jurídico

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Dayalyn Alexandra Garay Ladino

CC 1006826647 de Castilla la Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-04-22
Fecha de vencimiento: 2027-04-22

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

DAYALYN ALEXANDRA GARAY LADINO

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1006826647

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Orientar personas según características poblacionales y normativa de salud - NIVEL AVANZADO

Código: 230101266 - Versión: 2

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en VILLAVICENCIO. A los dieciseis (16) días del mes de Julio de dos mil veintiseis (2026)

Firmado Digitalmente por

2820655 - 16/07/2026
No Y FECHA REGISTRO

GENY ASTRID LEON CURREA
Subdirectora (E) CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95320023010126626 2CC1006826647C.

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Dayalyn Alexandra Garay Ladino

CC 1006826647 de Castilla la Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Centrada en el Usuario de los Servicios de Salud con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-12-18
Fecha de vencimiento: 2026-12-18

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

DAYALYN ALEXANDRA GARAY LADINO

C.C: 1.006.826.647

Cumplió con los requisitos del ***Curso*** *en:*

FACTURACIÓN ELECTRÓNICA EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Decreto ***2423 del 96*** *- Acuerdo* ***209 del 99***

Emitido el 16/09/2026 *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*
Certificado por ***48 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16957

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código **QR** o comunicarse a la línea WhatsApp **3123905971**

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Dayalyn Alexandra Garay Ladino

CC 1006826647 de Castilla la Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso Primeros Auxilios
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-05-30
Fecha de vencimiento: 2027-05-30

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE

DAYALYN ALEXANDRA GARAY LADINO

N° de identificación: 1006826647

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

FORMACIÓN VIRTUAL EN MISIÓN MEDICA

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C. Colombia

Insignia: 88b9283a-6edd-4bd2-81a6-7ccb70b3281c

martes 3 de junio de 2025

VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO

Líder Educación Nacional

Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

Esta constancia no constituye título de idoniedad para el ejercicio de las profesiones de salud.

CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO EN SALUD

EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.,

CONSIDERANDO:

Que, el Decreto 1082 de 2015 reglamentario del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, en su artículo 2.2.1.2.1.4.9, faculta contratar con una sola oferta bajo la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA**. En este mismo sentido, el Estatuto Interno de Contratación de la entidad, en sus artículos 18 y 19 señala las razones para contratar mínimo con una sola propuesta.

Que, las normas citadas con anterioridad, exhortan a la entidad para verificar **LA IDONEIDAD Y LA EXPERIENCIA REQUERIDA Y RELACIONADA**, acorde con los requisitos exigidos en el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación.

HACE CONSTAR:

Que, revisada la **HOJA DE VIDA** dada por Dayalyn Alexandra Garay Ladino con CC No. 1.006.826.647 de Castilla la Nueva. se acredita la idoneidad y la experiencia requerida y relacionada, según el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación, para poder cumplir con el proceso No 2026-358

Verificado por:

YULY VIVIANA MORA GARCIA
Técnico Administrativo del SG-SST
Verificó Sistema de Seguridad Social y Ocupacional

KAROL MILENA GIRALDO PEÑA
Profesional – Talento Humano Subg. A.F.
Verificó Idoneidad por Perfil Profesional SIGEP II

Carolina Camargo
Jefe Enf...
Reg. N...
Univers...

DEISSY CAROLINA CAMARGO VEGA
Profesional de Planeación, Calidad y Desarrollo
Verificó Idoneidad por Perfil Área Asistencial

CAMILA HERNANDEZ RUIZ
Profesional Contratación
Contratista